

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

178

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 4 mars 1896, à 1 heure*

PAR

VICTOR BOUJU

Né à Coron (Maine-et-Loire), le 3 septembre 1860.

— II —

DE L'EXTIRPATION  
DES

KYSTES DE L'ÉPIDIDYME

Avantages et Résultats immédiats

*Président : M. TILLAUX.*

*Juges : MM.* 

|   |                           |
|---|---------------------------|
| } | TUFFIER, professeur.      |
|   | BROCA, MARCHAND, agrégés. |

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.*

~~~~~

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 4 mars 1896, à 1 heure*

PAR

VICTOR BOUJU

Né à Coron (Maine-et-Loire), le 3 septembre 1860.

— II —

DE L'EXTIRPATION

DES

KYSTES DE L'ÉPIDIDYME

Avantages et Résultats immédiats

*Président : M. TILLAUX.*

*Juges : MM.* 

|   |                           |
|---|---------------------------|
| } | TUFFIER, professeur.      |
|   | BROCA, MARCHAND, agrégés. |

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                |                      |
|----------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Doyen.</b>                                                  | <b>M. BROUARDEL.</b> |
| <b>Professeurs.</b>                                            | <b>MM.</b>           |
| Anatomie.                                                      | FARABEUF.            |
| Physiologie.                                                   | CH. RICHET.          |
| Physique médicale.                                             | GARIEL.              |
| Histoire naturelle médicale.                                   | N...                 |
| Chimie organique et chimie minérale.                           | GAUTIER.             |
| Pathologie et thérapeutique générales.                         | BOUCHARD.            |
| Pathologie médicale.                                           | { DIEULAFOY.         |
| Pathologie chirurgicale.                                       | { DEBOVE.            |
| Anatomie pathologique.                                         | LANNELONGUE.         |
| Histologie.                                                    | CORNIL.              |
| Opérations et appareils.                                       | MATHIAS DUVAL.       |
| Pharmacologie.                                                 | TERRIER.             |
| Thérapeutique et matière médicale.                             | POUCHET.             |
| Hygiène.                                                       | LANDOUZY.            |
| Médecine légale.                                               | PROUST.              |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.                    | BROUARDEL.           |
| Pathologie expérimentale et comparée.                          | LABOULBENE.          |
| Clinique médicale.                                             | { STRAUS.            |
|                                                                | { G. SÉE.            |
|                                                                | { POTAIN.            |
|                                                                | { JACCOUD.           |
|                                                                | { HAYEM.             |
| Maladie des enfants.                                           | GRANCHER.            |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. | JOFFROY.             |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.               | FOURNIER.            |
| Clinique des maladies du système nerveux.                      | RAYMOND.             |
| Clinique chirurgicale.                                         | { DUPLAY.            |
|                                                                | { LE DENTU.          |
|                                                                | { TILLAX.            |
|                                                                | { BERGER.            |
| Clinique des malad. des voies urinaires.                       | GUYON.               |
| Clinique ophtalmologique.                                      | PANAS.               |
| Clinique d'accouchement.                                       | { TARNIER.           |
|                                                                | { PINARD.            |

## Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT.

## Agrégés en exercice.

|             |             |               |              |
|-------------|-------------|---------------|--------------|
| MM. ACHARD  | MM. GAUCHER | MM. MARIE     | MM. SEBILEAU |
| ALBARRAN    | GILBERT     | MENETRIER     | THIERRY      |
| ANDRÉ       | GILLE DE LA | NÉLATON       | THOINOT      |
| BAR         | TOURETTE    | NETTER        | TUFFIER      |
| BONNAIRE    | GLEY        | POIRIER, chef | VARNIER.     |
| BROCA       | HARTMANN    | des travaux   | WALTHER      |
| CHANTEMESSE | HEIM        | anatomiques   | WEISS        |
| CHARRIN.    | LEJARS      | RETTERER      | WIDAL        |
| CHASSEVANT  | LETULLE     | RICARD        | WURTZ        |
| DELBET.     | MARFAN      | ROGER         |              |

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de médecine  
Chirurgien de l'hôpital de la Charité,  
Commandeur de la Légion d'honneur.



## INTRODUCTION

Pendant notre passage à la Maison départementale de Nanterre, où nous remplissions les fonctions d'interne, nous avons eu à diverses reprises, l'occasion d'observer des kystes de l'épididyme.

Notre cher et excellent Maître, le docteur Ch. Rémy, chirurgien de la Maison, procédait d'ordinaire à l'extirpation de ces kystes, et l'opération plus d'une fois pratiquée sous nos yeux, nous parut toujours d'une telle facilité d'exécution et si rapide, les suites en furent toujours si favorables — au moins au point de vue immédiat — que nous avons cru pouvoir choisir cette méthode de traitement comme sujet de cette modeste étude.

Pouvons-nous considérer l'intervention sanglante comme la méthode de choix pour la guérison des kystes de l'épididyme?

La cure radicale de ces kystes offre-t-elle assez d'avantages pour qu'on doive avoir recours à pareil mode de traitement dans la pluralité des cas ?

Là est la question, et le but que nous nous proposons est de la résoudre.

Pour arriver à la démonstration des avantages offerts par cette opération, nous avons l'intention d'étudier successivement, très succinctement et très rapidement, l'historique de la maladie et des traitements jusqu'à ce jour employés, l'anatomie pathologique, la pathogénie et les symptômes de cette intéressante affection, nous réservant de retenir seulement dans chacune de ces diverses parties les points intéressants à noter au point de vue de la thèse à soutenir.

Ce sera la première partie de notre travail.

Puis, nous étudierons le manuel opératoire en faisant ressortir ses avantages comparés aux inconvénients de la ponction iodée généralement employée.

Etenfin, d'après nos observations nous poserons nos conclusions.

Mais, nous ne saurions entrer en matière sans témoigner publiquement notre reconnaissance aux Maîtres éminents qui ont bien voulu nous guider et nous éclairer dans le cours de nos études.

M. le docteur Gilbert Ballet, professeur agrégé

de la Faculté, nous permettra de le citer en premier lieu, à une place que nous lui croyons due. Nous saurons toujours nous souvenir des encouragements qu'il n'a cessé de nous prodiguer, et surtout de l'estime toute particulière dont il a bien voulu nous honorer.

M. le docteur Ch. Rémy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, voudra bien croire à toute notre reconnaissance pour le bienveillant appui qu'il nous a toujours prêté. C'est lui qui nous a dirigé dans ce travail ; à lui l'assurance de notre respectueux dévouement.

Nous adressons nos sincères remerciements à M. le professeur Tillaux, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Nous assurons également de toute notre gratitude nos autres Maîtres des hôpitaux ; le distingué docteur Laugier, dont nous avons été l'interne intérimaire à Nanterre ; M. le docteur Bar, professeur agrégé de la Faculté de Paris, sous la haute direction duquel nous avons étudié l'obstétrique.

Que M. le docteur Poirier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques, chirurgien des hôpitaux, nous permette aussi de lui adresser l'expression de nos vifs remerciements pour l'extrême bienveillance

qu'il nous a toujours témoignée, et pour l'accueil si sympathique qu'il a bien voulu nous faire en différentes circonstances.

Disons, avant de commencer, que nous avons largement consulté et mis à profit l'excellente thèse de M. le docteur Sarrot, sur la cure radicale de l'hydrocèle; thèse très documentée qui nous a facilité notre tâche.



## PREMIERE PARTIE



I.

HISTORIQUE.

Nous n'avons pas l'intention de mentionner ici tous les travaux et toutes les recherches qui ont été publiés au sujet des kystes de l'épididyme. S'il est intéressant en effet de savoir à quelle époque on les a découverts, dans quelles circonstances on a eu l'occasion de les étudier, il nous paraît beaucoup plus utile — étant donné le point de vue spécial auquel nous nous plaçons — de savoir comment on les a traités.

Néanmoins, nous allons donner rapidement le résultat des recherches auxquelles nous nous sommes livré.

Les Anciens ne connaissaient pas les kystes de l'épididyme : à peine même, s'ils soupçonnaient les kystes en général, qu'ils rangeaient sous la vague dénomination de tumeurs formées « par l'accumulation de la pituite. »

La littérature médicale reste donc muette à ce sujet jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle. A cette époque (1786), John Hunter (Leçons sur les principes de chirur-

gie), parle des kystes, qu'il divise en kystes naturels et en kystes accidentels ; classant dans la première catégorie, l'hydrocèle de la tunique vaginale.

On n'a pas encore fait mention des kystes de l'épididyme quand Sir A. Brodie (1827) fait connaître l'hydrocèle enkystée de l'un des testicules. Il la décrit même assez explicitement : « La membrane était mince et son contenu incolore ; il avait le volume d'une noix, et s'attachait à la partie antérieure du testicule, au-dessous de l'épididyme. »

Mais, cette communication n'a pas d'écho, et personne ne parle des kystes de l'épididyme pendant une période assez longue. « Ce sont les recherches anatomo-pathologiques de chirurgiens anglais qui commencent pour ainsi dire l'histoire de ces kystes. Jusqu'en 1843, le mot spermato-cèle existait bien dans la science, mais il désignait le gonflement testiculaire par rétention spermatique, comme on l'observe parfois chez les individus chastes (Poirier). »

Quand on reparle des kystes c'est pour signaler leur multiplicité et la présence des spermatozoïdes. James Paget (an account of the elimination of a cyst containing seminal fluid *Médical surgical transactions*. Volume xxvii, p. 398, 21 juin

1844), étudie l'anatomie pathologique des kystes de l'épididyme.

Sur un sujet dont il a fait l'autopsie, il signale un *grand kyste*, et *plusieurs petits* kystes pleins d'un liquide transparent,... et enfin un kyste globuleux de deux centimètres de diamètre situé au milieu des autres renfermant seul des spermatozoaires, et indépendant de l'appareil testiculaire... Il en fait un kyste néogène, doué de la propriété de sécréter un liquide semblable à celui de la glande voisine.

On commence donc enfin à connaître les kystes de l'épididyme; on a constaté leur pluralité fréquente; et même leurs différentes variétés suivant qu'ils contiennent ou non des spermatozoïdes; on a même constaté qu'ils sont indépendants du testicule.

En 1848, Gosselin publie une série de travaux qui viennent éclairer un peu cette question obscure jusque-là; il fait la distinction entre les grands et les petits kystes de l'épididyme, et leur étude classique est exposée pour la première fois.

Successivement Sédillot(1856), Foucher, Marcé Dolbeau, émettent différentes théories qui cependant n'éclairent pas d'une façon absolue la pathogénie des kystes. — Monod et Arthaud (Archives générales de Physiologie 1885), Poirier,

(Communication au congrès de Berlin, 1890) viennent à leur tour émettre des opinions nouvelles.

Nous venons de parcourir dans cet historique des kystes de l'épididyme les différentes étapes successivement franchies depuis Brodie :

Nous avons noté la découverte des kystes de l'épididyme, leur multiplicité, leur division en grands et petits kystes ; la présence des spermatozoïdes dans leur cavité : examinons, très rapidement encore, l'historique des traitements successivement employés et préconisés.

Cet historique devait légitimement renaître à Celse, car, de tout temps on a traité les kystes comme on traite l'hydrocèle.

Or, Celse, pratiquait l'incision de la vaginale :  
« Inciditus autem interdum scrotum..., et tum extento scroto, ut cutis inguinis intenta sit, id incidendum sub imo ventre, quo cum abdomine tunicæ inferiores committuntur, »

« L. VII. chap. XIX. De testicularum curationibus, et primo de incisione et curatione inguinis, vel Scroti. »

Mais, cette intervention sanglante préconisée dans la cure de l'hydrocèle reste abandonnée pendant une longue période. Sans nous attarder à l'historique de tous les traitements successive-

ment employés dans les 2 affections, nous allons seulement indiquer les 3 principaux :

1° La ponction simple qui, au temps de Gvy de Chauliac (1537) avait pour but unique l'évacuation de l'humeur aqueuse.

2° L'aspiration, qui avait pour but d'arriver mieux et plus sûrement à l'évacuation totale, et qu'on pratique de nos jours avec des instruments spéciaux, les aspirateurs Dieulafoy et Potain.

3° La Ponction et l'injection consécutive, à l'aide desquelles on cherche non plus seulement à évacuer le liquide, mais encore et surtout à agir sur la paroi qui sécrète le liquide. On emploie successivement liquides et solides pour déterminer une inflammation salutaire, et provoquer une adhésion entre les 2 feuillets de la vaginale (hydrocèle), entre les 2 parois du kyste : C'est le vinaigre (Celse), le vin chaud, et plus tard la teinture d'iode, l'acide phénique, l'alcool, le perchlorure de fer, tous procédés dont la multiplicité indique l'insuffisance.

Enfin la révolution opérée dans les mœurs chirurgicales par l'antisepsie permet aux chirurgiens de tenter des moyens plus rapides et plus certains. — Voulant diminuer ou même réduire à néant les risques d'une récurrence appelant elle-même une seconde opération, les opérateurs

s'appliquèrent à obtenir la cure radicale de l'hydrocèle. Volkmann de Halle (*Der Hydrocelenschnitt bei antiseptischer Nachbehandlung*. Berlin. klin. Wochenschrift, 1876) pratique en 1873 l'incision des bourses, sous le couvert de l'antisepsie.

Puis ce sont Kocher de Berne, Lueck (*Deut. Zeitschrift für Chir....* page 244, 1876) qui mettent en pratique ce procédé, peu employé encore du reste, en France.

Puis surviennent des modifications du procédé primitif de Volkmann.

Pendant les années 1880 et 1881 les travaux se succèdent à l'étranger. En France le procédé de l'incision est indiqué dans le traité de chirurgie de Lucas-Championnière (*Chirurgie antiseptique*, page 234 (1880). Labadie emploie le même procédé. Mais bientôt Julliard fait franchir une seconde étape à cette évolution, et pratiquant l'excision de plus en plus complète de la vaginale.

En 1885, Bergmann pratique l'excision totale. Ces différents procédés donnent d'excellents résultats pour la *cure radicale de l'hydrocèle* et comme le traitement de l'hydrocèle est le même que celui du kyste, il s'ensuit que le mouvement est suivi par un petit nombre de chirurgiens qui pra-

tiquent alors l'extirpation du kyste, simple modification de l'incision de Celse.

Mais alors que l'intervention sanglante semblerait devoir être indiquée naturellement d'après ce que nous venons de dire, il se trouve que la chirurgie contemporaine qui a tout osé et tout entrepris depuis 15 ou 20 ans, n'a pas voulu modifier les traitements anciens appliqués presque partout aux kystes de l'épididyme. Aussi nous a-t-il été presque impossible de recueillir des observations relatives à l'extirpation des kystes : c'est en vain en effet que nous avons frappé à la porte de nos maîtres les plus éminents.

Monsieur le professeur Tillaux n'a pas d'opinion arrêtée : il pratique ordinairement la ponction et l'injection iodée « qui a fait ses preuves dans un si grand nombre de cas, dit-il à propos de l'hydrocèle, qu'il n'est pas disposé à l'abandonner. » — Il s'étend cependant avec beaucoup de complaisance sur l'incision renouvelée de Celse : celle-ci, lorsqu'elle est accompagnée de l'excision de la séreuse, met à l'abri des récidives, et permet d'éviter à coup sûr, ajoute-t-il, les accidents de la ponction. —

Monsieur le Professeur Duplay s'en tient presque exclusivement à l'injection iodée, et si cette dernière a pu quelquefois ne pas donner de bons résultats, nous a-t-il dit, c'est qu'il y avait faute,

opératoire, soit de la part de l'opérateur maladroït ou négligent, soit par altération ou impureté du liquide injecté.

Monsieur Reclus, l'auteur du savant article, publié dans le traité de chirurgie de Duplay et Reclus, réserve l'incision et l'extirpation pour des cas spéciaux : quand les parois du kyste sont trop épaissies par suite de phénomènes inflammatoires.

Monsieur Berger, chirurgien des Hôpitaux, que nous avons consulté, pratique la ponction et l'injection iodée chez les gens âgés ; ne faisant l'incision que chez les jeunes ; il n'a pas rédigé d'observation et n'a à notre disposition que de simples souvenirs.

Monsieur Monod fait tantôt la ponction et l'injection iodée, tantôt l'extirpation, se basant surtout sur l'état physique des malades.

Monsieur Poirier est partisan absolue de l'extirpation, avec cautérisation au chlorure de zinc ; mais il n'a pas eu l'occasion de pratiquer souvent cette opération, et n'en a pas conservé d'observations.

Nous réclamons donc toute l'indulgence de nos juges qui voudront bien tenir compte des difficultés que nous aurons rencontrées, et nous pardonneront le petit nombre de nos observations. Nous avons au moins conscience d'avoir apporté des documents sérieux contrôlés avec le plus grand soin par M. le docteur Ch. Remy.

## II

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE DES KYSTES

Depuis Liston (1843), on sait que les kystes de l'épididyme communiquent avec les voies séminales. Dans le « Médico-chirurgical Transactions », vol. XXVI, p. 216, cet auteur publie, en effet, deux observations à ce sujet.

Dans le même volume, p. 368, nous trouvons une communication de Lloyd « On the presence of spermatozo in the fluid of hydrocèle ». Était-ce un kyste ?

En 1844, Velpeau mentionne les mêmes faits dans un art. de Dictionnaire. T. XXIX, p. 496, Art. Testicule.)

D'après ces constatations et celles que nous avons déjà faites dans l'historique des kystes de l'épididyme, on pourrait croire que ces kystes sont toujours des kystes spermatiques. Disons tout de suite qu'on n'a pas tardé à savoir qu'il n'en était pas toujours ainsi : quand, par exemple, ils proviennent d'un débris persistant du corps de Wolff.

Il est donc intéressant pour nous, étant donné

le point de vue spécial auquel nous nous plaçons, de savoir si les conduits spermatiques font fatalement partie des kystes de l'épididyme, et si, par suite, en faisant l'extirpation, on ouvrira nécessairement ces conduits.

La pathogénie des kystes, si obscure encore qu'elle soit restée, malgré les nombreux travaux publiés à ce sujet depuis plusieurs années, va nous le dire.

Pour les uns (théorie Wolffienne), certains kystes se développent aux dépens d'un débris persistant du corps de Wolff. Ces tumeurs seraient alors analogues aux kystes para-ovariens de la femme développés aux dépens du corps de Rosen-Muller.

Pour les autres (théorie de l'épanchement spermatique), un ou plusieurs canalicules séminifères se rompraient dans la cavité des kystes. Cette théorie imaginée par Gosselin, adoptée par Follin (recherches sur le corps de Wolff, thèse de Paris, 1850) n'est sans doute applicable qu'à certains kystes consécutifs au traumatisme. (Poirier.)

Querkett et Curling (annotation de Gosselin 1857) décrivent l'hydrocèle enkystée « celle dans laquelle le liquide est contenu dans un ou plusieurs kystes de nouvelle formation, *distincte* du sac vaginal. » Ils croient que la présence des spermatozoaires est due à la dilatation des kystes qui

refoulent l'épididyme et les conduits efférents. Ceux-ci s'étalent à la surface, rampent dans les parois des kystes, et se rompent accidentellement : d'où fistule intra-kystique, versant le sperme dans la cavité kystique.

Broca (Traité des tumeurs, t. II, p. 46) a apporté l'appui de son autorité à cette opinion.

Sédillot en 1859 adresse à l'Académie des sciences, une note sur l'hydrocèle spermatique et reproduit la même théorie.

Monod et Arthaud mettent les kystes sur le compte de la sclérose des organes. Divisant les kystes en grands et en petits kystes, ils ne s'occupent que de ces derniers « Affection de l'âge mur et de la vieillesse, au moment où la glande commence à devenir le siège d'altérations séniles ; cette sclérose aboutirait par places à l'oblitération des conduits de l'épididyme et à leur dilatation kystique en arrière de l'obstacle. »

Enfin M. Poirier, dans une communication au congrès de Berlin 1890, reprend la question et développe une théorie séduisante. (1) Il croit que les kystes se développent indistinctement chez les

---

(1) Fort d'une découverte anatomique qu'il a faite presque simultanément avec Roth (de Bâle), s'appuyant sur la présence presque constante (1 fois sur 2 au moins) d'un Vas aberrans, situé immédiatement en arrière du dernier des « *Vasa efferentia* », et qu'il appelle le Vas du Rete, M. Poirier combat la théorie des kystes par rétention, c'est-à-dire par dilatation d'un conduit séminifère en-deçà d'un point obstrué.

jeunes sujets aussi bien que chez les vieillards. Ils se développeraient primitivement *en dehors* des voies séminales, puis deviendraient kystes spermatiques au moment où une communication s'établit entre eux et les voies séminales, par le fait de leur accroissement, Mais nous ne pouvons mieux faire que de le laisser parler lui-même (Congr. de chir., 1870, p. 873 et suiv.).

Etudiant les petits kystes du testicule et de l'épididyme qu'on rencontre en grand nombre au niveau de la soudure de la tête épидидymaire avec le testicule, il les différencie soigneusement des kystes que l'on rencontre à la face convexe de la tête épидидymaire, chez les gens âgés, et qui résulteraient, ceux-là, d'altérations diverses des conduits séminifères; et enfin, s'occupant des kystes *séreux*, les plus fréquents des kystes épидидymo-testiculaires, il croit que « les causes de ces kystes doivent être cherchées dans les conditions anatomiques qui résultent de la soudure tardive de l'épididyme et du testicule. Au niveau des points d'union du testicule et de l'épididyme, il y a non seulement accollement, mais soudure de deux surfaces séreuses. Il résulte de ses recherches que la très grande majorité des kystes séreux se rencontre aux points où les feuillets séreux ont venus se souder. A-t-on remarqué, ajoute-t-

il, comme cette soudure est étendue? Elle se fait par de fortes adhérences qui s'avancent assez loin sur la surface de l'organe, et cloisonnent l'espace autrefois compris entre la glande et son conduit.

Notons que ces adhérences sont facilement détruites par dissection; même quand on les détruits, la fonction n'est pas supprimée.

Cette étude rapide de la pathogénie des kystes ne nous fournit aucune contre-indication au traitement que nous voulons préconiser.

Quelle que soit en effet la théorie adoptée, que le kyste tire son origine d'un débris du corps de Wolff; des conduits efférents eux-mêmes, qu'il soit comme le dit M. Poirier, la résultante des conditions anatomiques de soudure de deux feuillets séreux; ou qu'avec M. Monod, le kyste résulte de la sclérose des organes, nous n'avons rien à craindre.

L'intégrité des fonctions spermatiques reste toujours complète. Chez les malades jeunes, on pourrait sans crainte supprimer quelques cônes efférents, quelques cônes séminifères, il en resterait toujours assez pour assurer la fonction. Chez les gens âgés, l'épididyme, d'après la théorie de la sclérose, serait déjà lésé, et alors il n'y aurait aucune crainte à concevoir.

Il est de reste assez difficile de voir cliniquement à quel genre de lésion on a à faire, étant donné que la sclérose n'a pas d'âge et que tel homme de 40 ans est plus âgé qu'un autre de 50 ou 60 ans, au point de vue de la sclérose des organes. On a l'âge de ses artères, a-t-on dit : cette maxime reste toujours vraie, et pour cette raison même ne serions-nous pas déjà conduit à adopter une intervention qui, nous le verrons plus tard, nous permettra de nous renseigner d'une façon certaine ?

L'anatomie pathologique elle-même nous amène encore à adopter cette intervention. Nous savons que les kystes se présentent au début sous forme d'une petite tumeur siégeant d'ordinaire à la tête de l'épididyme, se portant en dehors sur la face externe du testicule ; situés dans l'espace qui existe entre le bord supérieur du testicule et la tête de l'épididyme, espace rempli par une couche celluleuse très lâche que traverse les cônes éférents très rapprochés du testicule, contigus à cet organe ; ils en sont néanmoins complètement indépendants, nous dit M. le professeur Tillaux.

Ils n'adhèrent à l'épididyme que par un pédicule plus ou moins grêle quand ils sont simples ; et lorsqu'ils sont multiples, par un point très circonscrit vers la tête de l'épididyme.

Aucune de ces considérations ne saurait mettre obstacle ni empêchement à l'incision et à l'extirpation des kystes, puisque dans aucun cas on ne peut craindre de léser l'épididyme. Ceci ressort de l'exposé même que nous venons de faire.

On pourrait nous objecter que les kystes sont entourés de plusieurs enveloppes adventices, lamelleuses, dans lesquelles se trouve inclus le cordon spermatique. Mais, cette adhérence du cordon spermatique n'est pas insurmontable. D'un autre côté, nous nous adressons à des chirurgiens pour qui la dissection de ces tuniques est relativement facile, nous dit M. Poirier. Elle leur permet d'arriver sur un pédicule, d'isoler la tumeur, et de terminer rapidement une opération très simple qui ne fera qu'une blessure insignifiante aux organes génitaux, « le plus souvent altérés déjà », d'après la théorie de M. Monod.

Les kystes dont nous venons de parler se sont développés dans la portion de l'épididyme qui n'est pas recouverte par la vaginale, ils ont trouvé le champ libre à la partie supérieure, et se sont établis au milieu des éléments du cordon. La vaginale ne leur adhère que très peu, et il est possible, nous venons de le voir, de disséquer et d'arriver jusque sur le pédicule sans blesser la vaginale.

Or, il existe deux autres variétés de kystes se développant en saillie dans la cavité vaginale. Les uns font saillie à la surface de l'épididyme dans la vaginale, sur la surface externe ou inférieure de l'épididyme.

D'autres se développent dans l'épaisseur même de l'épididyme qu'ils gonflent en totalité. Ce dernier point d'anatomie pathologique est encore en faveur du traitement par l'extirpation, car nous allons voir en étudiant les symptômes et le diagnostic, qu'il est presque impossible alors d'éviter la confusion avec d'autres tumeurs. On a vu de ces kystes qui s'étaient développés dans la petite arrière cavité située entre l'épididyme et le testicule, en un point presque inaccessible à une palpation précise à une investigation minutieuse.

Quelle conduite tenir en pareil cas ?

## SYMPTOMES

On sait que les symptômes des kystes de l'épididyme sont à peu de chose près ceux de l'hydrocèle. L'absence de douleur et de gêne est telle que, comme le dit très plaisamment M. le docteur Reclus, on a vu des malades se croire orgueilleusement porteurs d'un troisième testicule. « On constate dans le scrotum une tumeur ordinairement sphérique, lisse, régulière, rénitente, fluctuante, le plus souvent transparente et paraissant englober le testicule et l'épididyme, cependant le kyste en est complètement indépendant. Mais à mesure que le kyste se développe, le testicule est refoulé en bas ; si la poche devient volumineuse, le testicule se trouve accolé à sa surface, et on ne le distingue au premier aspect ni à l'œil ni au toucher. »

M. le professeur Tillaux, au si remarquable traité de clinique auquel nous empruntons cette description, déclare qu'il faut apporter beaucoup de soin à l'exploration de la partie inférieure de la tumeur pour constater un léger relief. En pr

sant sur cette saillie, on lui imprime de petits mouvements de locomotion sur la masse principale, le testicule glissant alors sur la tunique vaginale qui l'enveloppe. C'est là un signe de diagnostic certain. La ressemblance est grande, nous le voyons, avec les symptômes de l'hydrocèle vaginale, et du reste, il n'est pas un livre classique qui ne renvoie à l'article Hydrocèle pour cette étude. La confusion est donc possible ; « elle est de règle », dit M. Reclus.

Il est vrai que les malades ne viennent réclamer le secours du médecin que lorsque la tumeur a acquis déjà un grand développement et que par son volume, elle est devenue une cause de gêne et de tiraillements. En réalité, il en est ainsi pour les kystes extra-vaginaux à propos desquels la confusion n'est guère possible qu'à leur début.

Mais, dans le cas de kystes intra-vaginaux, les malades viennent moins en raison du volume et de la gêne que la tumeur leur occasionne, qu'en raison de l'hydrocèle qui l'accompagne presque toujours.

Il en résulte des erreurs de diagnostic constantes et c'est sur ce point que nous voulons surtout insister.

## IV

### DIAGNOSTIC

Déjà Curling (page 177) avait signalé l'hydrocèle enkystée comme « l'un des phénomènes les plus intéressants qui se rattache à l'hydrocèle proprement dite... le diagnostic est parfois difficile entre les deux affections ».

« Au point de vue clinique, dit M. le Docteur Pagès (thèse de Paris 1893-1894), il se pourrait très bien que beaucoup d'hydrocèles qualifiées d'hydrocèles simples, soient accompagnées de kystes, si l'examen de l'épididyme était fait avec soin ».

Ajoutons qu'une foule d'autres causes peuvent faire naître la confusion et entraîner par conséquent des erreurs de diagnostic toujours regrettables, quand, même, elles ne sont pas préjudiciables aux malades.

Nous avons dit déjà que les kystes ne sont guère reconnus que lorsqu'ils ont acquis un certain volume ; et ils présentent alors, tantôt une

transparence très grande (c'était le cas chez un malade observé par un de nos amis et chez lequel la transparence était telle qu'il fallut une ponction révélatrice pour permettre au Docteur Labbé de diagnostiquer un kyste de l'épididyme), tantôt une opalescence trop prononcée pour laisser passer les rayons lumineux. Quelle foi ajouter à ces deux moyens de diagnostic si dissimilables et se rapportant néanmoins à une même entité morbide ?

Certaines hydrocèles traitées par ponctions et injections, laissent quelquefois à leur suite des adhérences partielles qui enchassent le testicule, tandis que le pôle postérieur en est dépourvu. Il se développe alors dans la vaginale non accolée une hydrocèle qui peut être prise pour un kyste.

Le kyste de l'épididyme peut quelquefois coïncider avec une épididyme blennorrhagique, ce qui a fait l'objet d'une clinique de M. le Professeur Duplay.

Si nous ajoutons les tumeurs de toute nature produisant des hydrocèles ou s'en accompagnant, sarcômes du testicule, carcinomes, sarcocèles syphilitiques, etc., combien de causes d'erreurs encore ? et nous en omettons.

N'oublions pas que s'il est vrai qu'une tumeur des bourses offre en général des caractères pa-

thognomoniques quand elle ne s'éloigne pas trop de son type essentiel, les difficultés deviennent grandes parfois si par exemple cette tumeur se trouve dans une phase à caractères peu tranchés, ou si elle est formée d'éléments divers ou déviés de leur type naturel (Moynac).

Supposons même ces causes d'erreurs éludées, éliminées ; on a la certitude de se trouver en présence d'un kyste ; il reste néanmoins plus d'une difficulté à vaincre, plus d'un problème à résoudre.

Le kyste est-il simple ? N'est-il pas accompagné d'autres kystes ? Est-il uniloculaire ? Extra-vaginal ? Intra vaginal ?

Le praticien, plus d'une fois embarrassé, se rappelant que le traitement est le même dans tous les cas, fera une injection iodée. Sera-t-il certain d'avoir injecté le liquide irritant dans le kyste lui-même ? Aura-t-il détruit les petits kystes qui peut-être l'accompagnent ?

Il nous semble que poser de telles questions c'est les résoudre.

Nous croyons fermement, qu'il existe un moyen de parer à tous ces inconvénients, à toutes ces causes d'erreur : l'extirpation dans les kystes extra vaginaux ; l'incision de la tunique vaginale suivie de l'extirpation dans les kystes

intra-vaginaux, permettront au chirurgien d'explorer soigneusement, sûrement, toutes les parties qu'il aura sous les yeux. Il verra et reconnaîtra les différentes variétés de kystes qui peuvent se trouver et il pourra alors procurer un soulagement rapide, apporter même la guérison au malade quelquefois déjà fatigué des nombreux traitements employés sans résultat.

L'opération aura rempli le but que se proposaient les anciens « Cito, tuto, » nous oserions presque ajouter « et jucunde ».

Cette étude rapide des symptômes des kystes de l'épididyme, la constatation des erreurs fréquentes de diagnostic qui en résultent, nous a conduit à accepter l'extirpation comme méthode de choix dans la pluralité des cas.

Il nous reste donc à décrire cette méthode de traitement, son manuel opératoire, ses avantages comparés aux inconvénients de l'injection iodée ; ce sera le sujet de la seconde partie de notre travail.



## DEUXIEME PARTIE



# I

## MANUEL OPÉRATOIRE

Nous savons déjà que le chirurgien a le choix entre deux méthodes dans la cure radicale des kystes. L'extirpation simple à laquelle M. le Docteur Poirier, ajoute la cautérisation du pédicule ; et l'incision de la vaginale dans le cas où le kyste est intra-vaginal. Cette dernière opération ne nous arrêtera pas, car elle s'adresse surtout au traitement de l'hydrocèle et elle a été trop de fois décrite déjà pour que nous y revenions. Nous allons donc décrire l'extirpation telle que l'a pratiquée sous nos yeux M. le Docteur Rémy, à la Maison départementale de Nanterre.

### *1° Antisepsie du malade.*

On s'assurera que le malade a le ventre libre, et si besoin est, on pratiquera le cathétérisme.

La veille au moins du jour de l'opération, on

rasera le scrotum et le pubis. — On lavera soigneusement les mêmes parties ainsi que les plis inguinaux, au savon et à la brosse d'abord, puis on fera une lotion à l'alcool ou à l'éther, suivie d'un lavage au sublimé.

Toutes ces parties seront soigneusement recouvertes d'un pansement avec compresses de gaze iodoformée, le tout recouvert de taffetas gommé.

Au moment de l'opération, on renouvellera les lavages ; le champ opératoire sera entouré de compresses aseptiques, qu'on disposera sur l'abdomen et sur la racine des membres inférieurs, de façon à limiter l'espace strictement nécessaire au chirurgicalien.

## *2° Asepsie de l'opérateur et de ses aides.*

L'opérateur et ses aides prendront pour leurs mains les précautions les plus rigoureuses : lavages au savon et brossage très soigneusement faits ; mains et avant-bras trempés dans une solution de permanganate de potasse et ensuite dans une solution de sublimé.

### 3° *Asepsie des instruments.*

Les instruments seront stérilisés, flambés, ou même simplement bouillantés dans la glycérine phéniquée. On pourrait à la rigueur, surtout à la campagne, se contenter du bouillantage dans l'eau ordinaire.

### 4° *Anesthésie.*

On fera d'une façon générale la chloroformisation : L'anesthésie locale à l'aide de la cocaïne, qui a été préconisée par MM. Schwartz, Reclus et Guinard et beaucoup d'autres, ne nous paraissant pas encore sans danger.

Ajoutons néanmoins que la solution de cocaïne à 1 0/0 employée par Reclus avec toutes les précautions nécessaires qu'il a indiquées, pouvait être acceptée dans beaucoup de cas.

### 5° *Technique opératoire.*

L'antisepsie et l'anesthésie étant achevées, l'opérateur fait une incision sur le scrotum, incision

dont les dimensions ne seront pas trop considérables ; chemin faisant, les vaisseaux seront pincés de façon à obtenir une hémostase parfaite et absolue ; ce qui permettra d'éviter les hématomes, les infiltrations sanguines qui pourraient se produire, non sans inconvénients.

Arrivé sur la poche, la dénuder en séparant soigneusement les vaisseaux, les nerfs, les canaux différents, disséquer minutieusement toutes les enveloppes ; — réduire le kyste à sa dernière enveloppe en refoulant la vaginale ; — Arriver sur l'épididyme en prenant soin de ne pas léser la vaginale ; — enlever la dernière adhérence sur l'épididyme, adhérence qui n'a quelquefois que 3 millimètres de longueur ; — et enfin pédiculiser le kyste comme on pédiculise un kyste de l'ovaire.

Si dans le cours de l'opération la vaginale a été ouverte, examiner avec soin toutes les parties environnantes. M. Remy conseille même de l'ouvrir dans tous les cas, la lésion principale s'accompagnant souvent d'autres lésions cachées.

Une fois le kyste énuclée, toutes les parties environnantes, soigneusement examinées, on lie les vaisseaux, et enfin on rapproche les enveloppes à l'aide de sutures perdues, au catgut. — On suture la peau. — Le drain paraît inutile.

6° *Pansement.*

Le pansement sera très simple quoique très aseptique. — On veillera à ce que l'oblitération de la plaie soit complète et à ce que la protection contre les causes d'infection extérieure soit assurée.

On n'oubliera pas que l'opération peut s'accompagner parfois de rétention d'urine; cathétérisme.

Un suspensoir contiendra les bourses. — En six ou huit jours, le malade pourra reprendre ses fonctions.

## II.

### RÉSULTATS IMMÉDIATS ET AVANTAGES.

Le petit nombre d'observations que nous avons recueillies ne nous permet pas d'envisager les résultats éloignés de la cure radicale des kystes de l'épididyme : en effet, la plupart des malades opérés ne le sont que depuis très peu de temps ; et nous n'avons pu les revoir.

M. Poirier qui nous a dit avoir pratiqué cette opération à trois reprises différentes, a vu une récurrence après extirpation et cautérisation pourtant soigneusement faites : mais il croit pouvoir affirmer que cette récurrence n'en était pas une, mais que bien plutôt il y avait un kyste de nouvelle formation développé en un autre point.

Mais les résultats immédiats sont tels qu'ils nous permettent d'accepter l'extirpation comme méthode de choix ; nous avons du reste déjà cité l'opinion de M. le Professeur Tillaux, qui considère la cure radicale de l'hydrocèle comme un moyen d'éviter « à coup sûr » les récurrences si fréquentes après l'injection iodée.

Par la méthode de l'extirpation, on obtient une guérison rapide; cinq à six jours en moyenne.

Le procédé opératoire est relativement simple et facile pour un chirurgien.

L'antisepsie rigoureuse permet d'éviter tout accident consécutif.

Le testicule sous les yeux, sous les doigts du chirurgien peut être exploré avec soin, et l'incision pourra alors être le premier temps d'une opération beaucoup plus complexe, qu'on n'avait même pas soupçonnée (castration, ablation de tumeurs, etc). On voit et on peut enlever les kystes accessoires qui accompagnent presque toujours les grands kystes; or, ce sont les kystes accessoires qui récidivent le plus souvent.

On évite les erreurs du diagnostic trop fréquentes; on pourra ainsi éviter une castration que M. Rémy a vu proposer chez un homme encore vigoureux.

Après l'extirpation, la fonction testiculaire n'est pas compromise, car la destruction de quelques épididymaires et même de quelques cônes efférents n'empêcherait pas les autres de fonctionner.

Ce sont là des résultats immédiats qui ont bien leur valeur et que l'injection iodée généralement pratiquée est loin d'obtenir.

### III

#### COMPARAISONS AVEC L'INJECTION IODÉE.

L'injection iodée est souvent, nous pourrions dire presque toujours, extrêmement douloureuse malgré même l'injection préalable d'une solution de cocaïne, et si cette dernière peut calmer la douleur, encore son emploi n'est pas toujours sans danger, ainsi que l'ont confirmé les discussions de la Société de chirurgie, dans ces dernières années.

L'injection iodée, d'ailleurs, que tous nos traités classiques s'accordent à déclarer une opération très simple et à la portée de tous, n'est pas toujours d'une exécution si facile, et surtout n'est pas toujours aussi inoffensive qu'on le prétend.

Elle peut être suivie de la piqure du testicule, accident sans gravité ordinairement, mais qui n'en peut pas moins être le point de départ de lésions graves en certains cas.

« La complication la plus grave qui puisse succéder à l'injection de teinture d'iode, nous dit

M. Tillaux, c'est le passage de ce liquide dans le tissu cellulaire du scrotum, car une gangrène plus ou moins étendue en est la conséquence forcée. Ce passage du liquide de l'injection dans l'épaisseur du scrotum résulte surtout d'une fausse manœuvre. La canule une fois introduite dans la tunique vaginale doit être maintenue rigoureusement dans la même position et si elle subit un mouvement de retrait, il est fort possible que son extrémité ne corresponde plus à la cavité vaginale, mais à la paroi scrotale, et le liquide pénètre alors dans le tissu cellulaire des bourses. »

Quel que soit le mécanisme de la pénétration de la teinture, ajoute encore M. Tillaux, des plaques noires gangréneuses ne tardent pas à apparaître; le scrotum se détache par lambeaux, les deux testicules peuvent être mis à nu, et la guérison demande plusieurs mois (Tillaux).

Il peut exister une communication avec le péritoine, par l'intermédiaire du canal péritonéo-vaginal : nous n'insistons pas sur les dangers provoqués alors par l'injection irritante.

On nous objectera peut-être que ce tableau très sombre est dû surtout à des fautes opératoires; ce à quoi nous répondrons que dans un cas dont nous n'avons pu donner ici une observation complète, mais sur l'authenticité duquel nous ne

pouvons avoir aucun doute, en raison de la valeur médicale du praticien qui l'avait observé, il se produisit une hématocele survenue à la suite d'une ponction pratiquée par M. Labbé. On dût même pratiquer l'incision trois mois après, et ce fut le professeur Verneuil qui se chargea de l'opération. Ces deux noms nous dispensent de tous commentaires.

M. Rémy a dû, en l'espace de deux ans, venir asecours de deux praticiens qui avaient aussi vu survenir des accidents graves après injection iodée faite avec toutes les précautions désirables. L'un avait obtenu les phacèle de la peau des bourses ; et l'autre avait vu se produire un fongus gangréneux du testicule.

N'oublions pas enfin que le praticien le plus sûr de lui-même au point de vue opératoire, le plus précautionneux, le plus attentif, peut être victime d'accidents absolument indépendants de la volonté. Le mélange d'iode employé doit être en effet d'une pureté absolue ; or, il suffit d'un changement presque insignifiant dans la composition du mélange, une altération par la lumière par exemple, pour déterminer les accidents signalés plus haut.

Nous plaçant à un autre point de vue, examinons le malade qui a subi l'injection iodée. Remis de sa première douleur souvent excessive, il est

ramené dans son lit : le scrotum reprend souvent et très rapidement le volume qu'il avait avant la ponction ; la peau des bourses est rouge et oedémateuse ; le malade est obligé de mettre son testicule sur une planchette comme s'il avait une orchite ; il est même rare qu'il puisse le mettre dans un suspensoir avant six ou huit jours. Il est beaucoup plus fréquent de le voir conserver un testicule douloureux et s'en plaindre pendant deux ou trois semaines, voire même des mois.

Quel est son état d'esprit pendant ce temps ? Malgré le soin qu'on aura pris de l'avertir, le malade n'est-il pas inquiet, tourmenté, anxieux de savoir comment les choses vont se terminer ?

Il peut même croire que l'opération a échoué. Ces accidents qui sont ceux de l'injection pratiquée dans l'hydrocèle se reproduisent de la même façon après l'injection iodée, pratiquée pour la cure des kystes de l'épididyme.

L'un des reproches qu'on peut surtout adresser à l'injection iodée est la fréquence des récides au moins pour ce qui concerne l'hydrocèle ; or, nous savons que les deux affections marchent de pair au point de vue du traitement, et tous les auteurs s'accordent à reconnaître que les kystes de l'épididyme récidivent fréquemment.

*La Semaine Médicale* du 20 novembre 1895 ana-

lysant les résultats obtenus par Spalinger après injection iodée dans l'hydrocèle, nous donne les chiffres suivants : Sur 55 cas de ponction et injection, il y eut 35 malades revus et 5 récidives. (Spalinger. Beitræge z. klin. Chirurgie, XIII, 3) ; sur 17 cas de cure radicale, 12 revus sans récidives.

Dans la thèse du D<sup>r</sup> Sarrot, auquel nous empruntons ces détails, nous trouvons comme récidive après ponction et injection iodée :

|                         |         |          |
|-------------------------|---------|----------|
| Statistique de Gosselin | 6,7 %   |          |
| — de Stoltz             | 22 %    |          |
| — de Bellroth           | 1 %     | Moyenne. |
| — de Curling            | 15 %    | 9,03 %   |
| — de Wendling           | 1 %     |          |
| — de Spalinger          | 14,28 % |          |

Il résulte donc de ces chiffres que les résultats immédiats sont préférables dans les cas traités par la cure radicale.

Nous ne pouvons arguer de ces mêmes chiffres pour établir la supériorité de l'extirpation sur l'injection iodée ; nous n'avons pu, en effet, suivre les malades qui font le sujet de nos observations et nous ne savons pas ce que leur réserve l'avenir ; mais nous espérons qu'il en sera pour eux comme il en a été pour les malades traités par la cure radicale de l'hydrocèle. Cette espérance nous paraît

toute légitime, les deux affections ayant déjà tant d'autres points de rapport.

M. Reclus pense que si les résultats obtenus par l'injection iodée peuvent être quelquefois mauvais, ces résultats seront peut-être encore moins bons après l'extirpation, quand celle-ci sera passée dans le domaine public médical, et aura été faite par des médecins peu compétents. Notre maître, M. Remy, qui nous a fait part de cette objection, y a je crois répondu d'une façon victorieuse, en nous rappelant que l'extirpation des kystes de l'ovaire a triomphé de l'injection iodée. Il en est de même pour les kystes du corps thyroïde, et pour les kystes synoviaux du poignet. Le bon sens médical de chaque praticien le guide dans le choix de l'opération qu'il peut le mieux faire ; et il sera toujours disposé à abandonner aux chirurgiens une opération pour laquelle il ne se sentirait pas suffisamment préparé.

## IV

### DANGERS ET CONTRE-INDICATIONS

Jusqu'ici nous n'avons étudié, indiqué plutôt, devrions-nous dire, les nombreux avantages qu'offre aux chirurgiens la cure radicale des kystes de l'épididyme.

Il nous reste un mot à dire sur les inconvénients, les dangers, les contre-indications qu'elle doit nécessairement comporter.

Chez les vieillards, par exemple, affaiblis par l'âge et porteurs de lésions pulmonaires plus ou moins avancées, il est évident qu'on ne devra pas tenter la cure radicale. On sait, en effet, que les traumatismes violents acquièrent chez eux une gravité exceptionnelle; à Nanterre même, nous avons eu plus d'une fois l'occasion d'observer des accidents dûs à des interventions sanglantes chez les gens épuisés par la misère physiologique ou trop âgés.

Nous savons bien qu'on a pu tenter des mer-

veilles à l'aide de l'antisepsie; nous savons bien qu'une femme de plus de 80 ans a pu supporter à la Salpêtrière l'opération de la cure radicale d'une hernie; mais ce fait, même accompagné de plusieurs autres, ne saurait nous autoriser à pratiquer des opérations graves chez les vieillards.

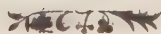
Nous ajouterons que le chloroforme semble avoir chez les gens affaiblis une influence fâcheuse et nous avons vu survenir des accidents multiples au point de vue intellectuel.

Nous n'appliquerons donc pas l'extirpation des kystes chez les vieillards, ni chez les malades épuisés, cachectiques ou ayant subi une misère physiologique trop profonde.

Pour les autres, les jeunes et les bien portants, nous croyons devoir laisser la parole à M. Reclus qui nous a déjà fait connaître ses préférences dans l'article qu'il consacre aux kystes de l'épididyme (Traité de chirurgie Duplay, page 247): « Souvent les éléments du cordon adhérent aux parois du kyste, et la plus grande attention est nécessaire pour ne blesser ni artères, ni veines, ni canal déférent... Dans nos cas, il fut aisé de les apercevoir par transparence dès que la poche fut incisée: Je n'eus alors qu'à couper avec les ciseaux en dehors et en dedans, ne laissant de la paroi qu'une

lanière adhérente au cordon ; en douze jours, nos opérés reprennent leurs occupations. »

Nous voici donc arrivé au but que nous nous étions proposé. Nous croyons avoir suffisamment établi que la cure radicale par extirpation guérit rapidement les malades ; nous pensons avec M. le professeur Tillaux qu'elle évite les récidives ; nous savons qu'elle permet de voir toutes les lésions concomitantes et d'éviter ainsi toute erreur de diagnostic ; elle n'offre aucun danger à la condition qu'on exerce une antiseptie rigoureuse. En faut-il plus ? Combien d'opérations plus redoutables, acceptées cependant, n'offrent pas les mêmes avantages tout en exposant à beaucoup plus de dangers ?



## OBSERVATIONS



## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

#### *Kystes multiples de l'épididyme.*

Due à M. le Docteur Rémy, professeur agrégé à la Faculté. — Chirurgien de la Maison départementale de Nanterre.

Ch..... Louis, 43 ans.

Cette observation n'a pas été prise en détail.

Le malade a été opéré le 19 mars 1889, d'un kyste de l'épididyme du volume d'un œuf de pigeon.

Décortication facile. On se trouve en présence de plusieurs petits kystes.

L'ensemble s'était développé en dehors de la vaginale qui ne fut pas ouverte.

Grâce aux précautions antiseptiques, cet opéré se levait huit jours après.

Heureux de cette guérison rapide, je me propo-

sai désormais d'abandonner la ponction et l'injection pour les remplacer par l'extirpation, dont les résultats me paraissent si rapides et qui permettent de bien voir les lésions.

#### OBSERVATION II (Personnelle)

*Kystes multiples de l'épididyme extra-vaginaux.*

Opération de M. le Docteur Rémy.

Le nommé Théodore L... âgé de 63 ans, entre à la Maison départementale de Nanterre. Il se présente à l'infirmérie pour une affection des bourses en mai 1891.

Cette affection est apparue depuis quelques mois; elle a évolué sans causer la moindre douleur; c'est à cause de son volume, de la gêne qui en est le résultat, que le malade vient nous consulter.

Dans la bourse gauche existe une tumeur; cette tumeur n'a pas une forme régulière. Elle forme une masse du volume d'une grosse orange.

La peau des bourses n'est pas intéressée; elle glisse facilement sur la profondeur.

On reconnaît dans cette tumeur plusieurs parties : D'abord, à la surface, le canal différent qui court en arrière : au-dessous, à la partie inférieure, un lobe du volume et de la consistance et du testicule et qui révèle à la pression, la douleur spéciale de cet organe. Enfin, en avant du cordon, au-dessus du testicule, se trouve une poche fluctuante, quoique bien tendue, qui est ovoïde à grand axe dans la hauteur et qui présente cependant une dépression dans sa partie moyenne, sur un petit diamètre.

Comme complément d'examen, ajoutons qu'il existe une transparence parfaite de la partie liquide.

Entre le testicule et la tumeur, il est impossible de retrouver l'épididyme : il semble que celui-ci est transformé en totalité en cavité kystique.

Nous n'hésitons point à nous ranger au diagnostic : Kyste de l'épididyme, et nous proposons l'extirpation.

Cette opération est pratiquée le 11 mai 1891 sans le chloroforme et avec toutes les précautions antiseptiques.

Incision prudente de la peau, qui découvre toute la tumeur, et permet d'arriver jusqu'à la paroi propre du kyste.

Successivement se présentent plusieurs envelop-

pes celluleuses que nous traversons et qui nous amènent enfin sur la paroi propre reconnaissable à son apparence fibreuse, à sa transparence.»

Une fois arrivé là, il est assez facile de décoller les enveloppes, en prenant soin de ne pas se laisser éloigner de la paroi par quelque adhérence des minces enveloppes celluleuses.

La décortication commencée sur les parties antérieures et supérieures se continue de tous les côtés ; pas d'adhérence du cordon.

Enfin, le kyste en totalité s'énuclée à travers la plaie.

Nous voyons qu'il est adhérent à l'épididyme dans sa partie antérieure ; qu'il s'est développé à la partie supérieure de l'épididyme en passant entre les deux feuillets de réflexion de la vaginale testiculaire. Cette tunique vaginale elle-même ne lui adhère que sur une très petite étendue.

Nous voyons en outre que la tumeur kystique principale, se compose de deux grands kystes et de plusieurs petits ; ainsi se trouve expliquée la dépression sentie à la partie moyenne de la principale tumeur ; et ainsi se trouve justifiée l'extirpation.

En admettant qu'une ponction eut modifié les deux grands kystes , il serait toujours resté les petits qui auraient pu se développer par la suite.

Nous disséquons le pédicule des kystes, nous disséquons les petits kystes qui forment saillie ordinairement, et nous sectionnons ce pédicule.

L'épididyme reste intact, sauf une petite blessure. La vaginale est ouverte sur une petite étendue. Enfin, vers la partie antérieure, entre l'épididyme et le testicule, quelques trous béants se montrent à la surface de la section, dans le voisinage de la tunique albuginée, et nous fait supposer qu'on a sectionné quelques canaux épидидymaires très dilatés.

L'opération n'a été ni longue, ni difficile.

Le soir, T 38° et dans la suite, la température ne dépasse pas 37° 5.

Six jours après, le 17 mai, la réunion est complète. Il reste une masse un peu volumineuse qui englobe le testicule et l'épididyme, légèrement douloureuse.

Le malade porte un suspensoir.

Pansements humides.

Le malade peut se lever ; il quitte l'hôpital quelques jours après, 22 mai.

On n'a malheureusement pu retrouver ses traces.

OBSERVATION III (Personnelle, inédite).

*Kyste unique. Extra-vaginal de l'épididyme.*

Opération de M. le D<sup>r</sup> Rémy.

B... Pierre, 67 ans, menuisier, entre à l'infirmerie de la maison départementale de Nanterre, le 26 juin 1894. Il demande conseil pour une tumeur volumineuse qui siège dans la bourse gauche, et qui nous paraît présenter les caractères d'un kyste de l'épididyme.

La peau glisse à la surface, — le cordon se sent en arrière, — le testicule est perceptible en bas, reconnaissable à sa forme et à sa sensibilité spéciale.

Cette tumeur arrondie, mesure dix centimètres de diamètre sur douze centimètres ; elle est fluctuante, transparente, et donne à la ponction exploratrice, un liquide citrin dans lequel on n'a pas constaté de spermatozoïdes.

La palpation du canal différent et de la queue de l'épididyme permet d'affirmer le diagnostic ; kyste de l'extrémité antérieure de l'épididyme.

Opération sous le chloroforme avec toutes précautions antiseptiques, le 6 juillet 1894.

Incision de la peau ; dissection de plusieurs couches lamelleuses qui recouvrent la paroi propre, décortication facile sans aucune adhérence avec les éléments du cordon.

On arrive en faisant le tour de cette tumeur, sur un pédicule gros comme un manche de porte-plume, placé sur la tête de l'épididyme, en avant et un peu en dedans.

La section de ce pédicule ouvre sur une très petite étendue la tunique fibreuse qui enveloppe l'épididyme. Il n'existe pas d'autres petits kystes.

La tunique vaginale est intacte, le pédicule étant placé entre les deux culs-de-sac qu'elle forme par réflexion. On ouvre la tunique vaginale pour examiner le testicule ; tout est normal. L'hydatide de Morgagni est à sa place.

L'opération se termine par la suture de la vaginale et de la plaie de l'épididyme au catgut. Une suture des bourses à points séparés au crin de Florence. Aucune suite opératoire.

Le malade quitte la maison le 10 septembre, complètement guéri depuis déjà plusieurs jours.

OBSERVATION IV ( inédite ).

*Kyste de l'épididyme intra-vaginal. Incision, extirpation, guérison.*

Opération de M. Rémy.

Un homme de 66 ans, ancien employé de chemin de fer, très bien conservé, très vigoureux, vient nous consulter pour une tumeur des bourses, en décembre 1895.

Cette tumeur a débuté, il y a 4 ans environ, sans déterminer de douleurs : elle ne s'est révélée que par l'augmentation de volume et de poids : elle donne la sensation d'un troisième testicule.

*État actuel.* — La tumeur siège dans la bourse gauche ; elle atteint le volume d'une orange ; la peau n'offre pas d'altération de couleur, ni de mobilité sur les parties profondes.

Il n'y a pas de douleurs spontanées ; quand on palpe la tumeur, on constate que, à sa partie inférieure, elle est très manifeste, fluctuante, comme un hydrocèle à parois minces. On peut reconnaître le testicule à sa forme, sa consistance, et la douleur caractéristique que sa pression révèle.

Plus haut, au-dessus du testicule, la tumeur change de caractère. Elle est dure ; elle semble former une capsule qui coifferait le testicule et la consistance s'éloigne beaucoup de celle de l'hydrocèle sous-jacente.

A cause de l'hydrocèle vaginale on ne peut délimiter exactement la partie indurée, mais on reconnaît manifestement une tuméfaction surajoutée au testicule. — L'hydrocèle est transparente dans sa partie molle ; la transparence disparaît au niveau de la partie indurée : laquelle partie est un peu douloureuse.

Il y a trois semaines environ, on a essayé de ponctionner cette hydrocèle qui a donné du liquide citrin.

Mais à la suite de cette ponction, il s'est produit une série d'accidents, tels que : Gonflement de la verge survenue en un quart d'heure. — Teinte ecchymotique survenue un ou deux jours plus tard. — Douleur violente de toute la région. Cependant il n'y avait eu d'injection d'aucune nature.

Le confrère qui avait fait la ponction avait conclu à l'existence d'une tumeur maligne accompagnée (masquée) d'une hydrocèle et avait parlé de castration.

Le malade terrifié, par les résultats de la pre-

mière intervention, et la menace de la deuxième, était venu se mettre entre nos mains.

Il nous parut que la tumeur était limitée à l'épididyme, globuleuse, pas de douleurs spontanées, ni propagation au cordon, ni propagation au testicule, ni propagation aux ganglions du voisinage, ni adhérence à la peau, ni état général. Pas d'hématurie, puisque le liquide est clair par élimination. Nous avons conclu à un kyste de l'épididyme et comme intervention, nous sommes décidé à l'extirpation, après incision de l'hydrocèle.

Opération le 5 janvier 1896.

Incision de la peau, jusqu'à l'hydrocèle ; incision de l'hydrocèle. Apparition d'une masse globuleuse grosse comme une noix, distendant la tête de l'épididyme.

L'épididyme lui-même est très rouge, mais il ne semble pas y avoir d'autre altération que le kyste qui est unique.

Ce kyste à parois épaisses d'un millimètre est disséqué, énucléé. Il emporte avec lui une partie de l'épididyme et des cônes efférants ; mais il en reste en arrière un certain nombre.

La blessure de l'épididyme est refermée au catgut ; les bords de la vaginale sont rapprochés au catgut, et les téguments sont suturés au crin de Florence.

Pas de drainage, l'antisepsie ayant été rigoureuse.

Huit jours après, sans qu'il y eut eu aucun trouble, aucune réaction, ni fièvre, ni rétention d'urine, la plaie était cicatrisée; la trace de l'opération consistait en la présence d'une masse volumineuse sur les bourses, mais le malade pouvait se lever le dixième jour. Et, vingt jours après son opération, il sortait dans la rue.

Nous l'avons revu à la fin de janvier 1896, et il ne ressentait aucune gêne, aucune douleur; il marchait comme un jeune, disait-il, et se montrait très heureux d'avoir conservé son testicule.

Cette observation — comme les 2 précédentes du reste — nous paraît absolument concluante.

## CONCLUSIONS

I. — Les kystes de l'épididyme récidivent souvent après l'injection iodée ; nous proposons de les traiter par extirpation, en s'entourant de précautions antiseptiques rigoureuses.

II. — L'extirpation permet de voir et d'enlever les petits kystes qui accompagnent souvent les grands kystes, et sont cause des récidives.

III. — Pour les kystes extra-vaginaux, l'opération est facile : les éléments du cordon et même la tunique vaginale demeurent intacts ; la section du pédicule ne blesse qu'une partie peu étendue de l'épididyme et des voies séminifères qui le parcourent.

Pour les kystes intra-vaginaux, l'extirpation sera précédée de l'incision de la vaginale.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

*Celse. — L. VII. Chap. XIX.*

1786. — John Hunter. (Leçons sur les principes de chirurgie, Brodie).  
1843. — Liston Médic. Chirurg. Transact. T. VIII, P. 216.  
1843. — Lloyd Médic. Chirurg. Transact. T. VIII, P. 368.  
1844. — James Paget (Médico-Chirurg. Transact. Vol. XXVII, P. 398).  
1847. — Gosselin. Arch. Générales de Méd., T. XVI, P. 24.  
1856. — Marcé. Thèse de Paris. Des kystes spermatiques.  
1857. — Curling. Maladies des Testicules.  
1857. — Querkett et Curling (Annotation de Gosselin).  
1847. — Verneuil. Bulletin de la Société de chir. T. IV, P. 58.

1858. — Giraldès. Bulletin de la Société de chir.  
1862. — Delbeau. Gazette hebdomadaire.  
1870. — Steudener. Arch. für kliniq. Chirurgie.  
Berlin. T. X. P. 363.  
1871. — Rosenbach. Arch. für kliniq. Chirurgie.  
T. XIII, P. 220.  
1876. — Roth. Virchow's Arch. Berlin.  
1876. — Villegente. Thèse de Paris, 1876.  
1885. — Monod et Arthaud. Arch. de Physiol.,  
17<sup>me</sup> année, n° 3. Avril 1885. Pathogénie et  
Struct. des petits kystes de l'épididyme.  
1887. — Reclus. Art. kyste de l'épididyme. Dict.  
Encycl. des sciences méd. T. XXXV, P. 91.  
1898. — Poirier. Pathogénie des kystes de l'épi-  
didyme. Congrès de Berlin, nov. 1890. Revue  
de chirurgie. 10<sup>e</sup> année, n° 11, 18 nov. 90.  
1876. — Volkmann (Der Hydrocelarschnitt bei  
antiseptischer Nachbehandlung. Berlin, klin.  
Wochenschrift.  
1876. — Lucke. Deutsche Zeitschrift für Chir.  
1884. — Julliard. De l'incision antiseptique de  
l'Hydrocèle. Revue de Chirurgie IV, P. 81.  
1889. — Reclus. De la Récidive dans les cures  
radicales de l'Hydroc. Mercredi médical, p.  
321.  
1894. — Pagès. Coïncidence des kystes de l'épi-  
didyme et de l'hydrocèle. Thèse Paris.

1895. — Spolinger. Sur les résultats définitifs du traitement de l'hydrocèle par ponction et injection iodée.

1895. — Sarrot. — Cure radicale de l'hydrocèle. Indications opérat. et résult. élarg. Thèse Paris.

1895. — TILLAUX. Traité de chirurgie clinique.

1895. — DUPLAY. Traité de chirurgie.



Vu par le Doyen,  
**BROUARDEL**

Vu par le Président de la Thèse,  
**TILLAUX**

Vu et permis d'imprimer,  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

**GRÉARD**





